



DOMANDA DI ISCRIZIONE - A.S. 2024 / 2025

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla **Scuola dell'Infanzia di BRENNA (CO)**:

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a:	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Altro:	<input type="text"/>		

In regola con gli obblighi vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.119/2017

Si No

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a:	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Altri recapiti telefonici:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GENITORE DA CONTATTARE IN CASO DI URGENZA (barrare solo uno dei due):

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a:	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Altri recapiti telefonici:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GENITORE DA CONTATTARE IN CASO DI URGENZA (barrare solo uno dei due):

DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE - CONVIVENTI

COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>

INTERESSE AL SERVIZIO PRE – POST SCUOLA

Richiesta di servizio PRE-SCUOLA: SI **Necessità dalle ore _____ alle ore _____** NO

Richiesta di servizio POST-SCUOLA: SI **Necessità dalle ore _____ alle ore _____** NO





DIETE ALIMENTARI

ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI:

SI

NO

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:

(In caso di risposta affermativa, richiedere l'apposito modulo "diete speciali")

CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE

Barrare con una crocetta solo sulle caselle che corrispondono alla propria situazione familiare.

a) BAMBINO/A RESIDENTE:

CON DISABILITA'

RESIDENTE ORFANO

RESIDENTE

FIGLIO DI GENITORI ENTRAMBI LAVORATORI

b) BAMBINO/A NON RESIDENTE:

MA CON FRATELLI/SORELLE CHE FREQUENTANO CODESTA SCUOLA DELL'INFANZIA

CON NONNI RESIDENTI

NON RESIDENTE

ALTRE MOTIVAZIONI PARTICOLARI DELIBERATE DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE:

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE:

- Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.
- Dichiaro di essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della vostra scuola paritaria - compreso l'Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.) - e di aver ricevuto e accettato il Regolamento Interno (ove approvato).
- Dichiaro di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia (ove approvato).
- Autorizzo la partecipazione del minore alle uscite didattiche.
- Autorizzo la ripresa del minore (foto /riprese video) finalizzate alla produzione di DVD e/o attività promozionali in genere per finalità istituzionali.
- Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 – 47 – 75 – 76 del D.P.R 445/2000.

DATA:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI

